

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1921

PAR

Paul PARET

Né à Toulon le 28 novembre 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VEDEL, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3. Rue Ferdinand-Fabre 3

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RÉINFECTION SYPHILITIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1921

PAR

Paul PARET

Né à Toulon le 28 novembre 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ VEDEL, professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.	Accouchements	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Histoire natur.	DELMAS (P.).
Anatomie	MARGAROT.	Chimie	GALAVIELLE.
Histologie	DELMAS (J.).	Physique	MESTREZAT.
	GRYNFELT.		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. VEDEL, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé
DUCAMP, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

PARET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

PARET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il y a cinquante ans aucun médecin n'aurait osé parler de réinfection en syphiligraphie. C'est qu'à cette époque, la syphilis était encore considérée comme elle l'était au xv^e siècle : l'absence de beaucoup de données de laboratoire entretenait dans l'esprit des médecins, même les meilleurs, une sorte de terreur superstitieuse. On n'autorisait le mariage aux syphilitiques qu'après quatre ou cinq années de soins rigoureux ; on leur recommandait de suivre toute leur vie un traitement. Et quel traitement ! pourra-t-on jamais savoir si les accidents mercuriels buccaux qu'on cherchait à provoquer pour avoir la certitude de l'imprégnation hydargyrique, n'ont pas causé autant de dégâts que les plaques secondaires que le traitement mercuriel avait pour but de guérir ? Si on peut faire de si graves

reproches au mercure, ne peut-on en adresser à l'iodure de potassion, remède pourtant spécifique lui aussi de la syphilis, quoi qu'en ait écrit Gaucher, et que doit-on dire alors des autres médicaments ordonnés depuis des siècles et que la pratique médicale et populaire a consacrés?

En schématisant beaucoup, on peut distinguer deux périodes depuis l'apparition de la syphilis: la première part du xv^e siècle et va au xx^e; la seconde n'embrasse que les quinze dernières années que nous venons de vivre, c'est celle qui correspond à l'usage des composés arsenicaux dans le traitement de la syphilis.

C'est à partir de cette époque qu'on a commencé à parler de réinfection. « Racine passera comme le café », écrivait Mme de Sévigné; or, aujourd'hui, le café est répandu dans tout l'univers, les œuvres de Racine se trouvent dans la bibliothèque de tous les esprits cultivés. « La réinfection passera comme les arsenicaux » pensaient, nous devrions peut-être dire, pensent encore, quelques esprits attachés aux coutumes du passé, habitués à ne voir dans les découvertes du présent que des bagatelles dignes de provoquer un sourire ironique de nos aïeux et de faire plus tard la joie de nos petits-enfants. Nous ne pensons pas que tout traitement ancien est bon parce qu'il est ancien, nous ne pensons pas davantage que tout traitement nouveau est mauvais parce qu'il est nouveau. En médecine, une conduite tirée d'un éclectisme éclairé donne souvent de meilleurs résultats que celle tirée d'une méthode rigoureusement exclusive. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, on ne conteste plus leur droit de cité aux arsenicaux qui du même coup l'ont fait accorder à la réinfection, fille de leurs œuvres.

Vers 1910, quelques auteurs allemands, Schneller, Veress, publièrent des cas où des malades ayant eu antérieu-

rement un chancre syphilitique, en contractèrent un second. C'était ouvrir la barrière aux discussions. De toutes les parties du monde des médecins signalèrent qu'ils avaient observé eux aussi des malades ayant eu, à deux reprises, un chancre syphilitique.

Il faut reconnaître cependant qu'au cours des années 1910, 1911, 1912, 1913, de semblables observations de malades furent en nombre assez réduit (nous n'avons pu en découvrir que six pour l'année 1913, malgré que nos recherches se soient données comme terrain la littérature médicale américaine, anglaise, allemande, italienne, française). Dès que le mot de réinfection eut été écrit, certains médecins prirent à cœur de prouver que la réinfection n'avait jamais existé. Ravaut témoigne de son incrédulité, en 1912, c'est-à-dire à un moment où, dans les cas publiés, il s'en trouvait de typiques: un de ses malades, syphilitique, a été traité par trois injections intraveineuses de novarsénobenzol à 0 gr. 30 chaque; dans la suite, il présente une nouvelle lésion indurée. Comme la présence de tréponèmes n'a pas pu être constatée microscopiquement, comme le malade ne présente pas d'accidents secondaires, Ravaut conclut: il n'y a pas réinfection. Hâtons-nous de dire que, pour le cas précité, nous partageons absolument le doute de Ravaut, sans aller jusqu'à nier tout cas de réinfection, comme il le faisait à cette époque.

Mais, les observations deviennent plus précises. Dans le *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (1912), Zimern publie deux observations: dans la première, un syphilitique traité par le salvarsan et le calomel finit par avoir une réaction de Wassermann négative; six mois après cette réaction de Wassermann, il présente un autre chancre, puis des accidents secondaires, enfin la réaction de Wassermann devient de nouveau positive. Dans la seconde, le

premier chancre remontait au mois de mars 1911, le traitement (par le salvarsan à dose totale de 7 gr. 60 et le calomel), avait été pratiqué depuis le mois de mars 1911, jusqu'au mois d'avril 1912. A cette époque, la réaction de Wassermann est négative. Le 28 juillet 1912, le malade présente un nouveau chancre induré. Pour être convaincantes, ces observations devraient être plus complètes: il faudrait savoir si les malades avaient eu réellement un premier chancre syphilitique; de plus, la recherche du tréponème au microscope, n'avait pas été pratiquée.

En 1913 et en 1914, certains auteurs affirment la réinfection en se basant seulement sur l'étude des variations de la réaction de Wassermann. C'est ainsi que Cunningham, dans le *Boston medical and Surgical Journal*, cite deux cas de soi-disant réinfection: la réaction de Wassermann a été positive après le premier chancre, négative après le traitement (en l'espèce une seule injection de salvarsan), positive après le deuxième chancre. Dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, de 1914, Landouzy et Pinard publient le cas d'un homme présentant de la leucoplasie commissurale huit ans après un chancre. A ce moment, il présente un nouveau chancre type. Il nous semblerait difficile aujourd'hui d'admettre la réinfection pour un cas semblable où n'entrent en ligne de compte ni le microscope, ni la réaction de Wassermann. De son côté, Sohe, dans le *Berliner Klinische Woch.*, nous rapporte deux cas où la réinfection se serait produite: dans le premier, après un traitement par l'huile grise, dans le second, après un traitement exclusivement local; Queyrat a observé un chancre dur, suivi de roséole, chez un malade qui avait déjà été porteur d'un chancre cliniquement dur, mais sans roséole. En 1913, Stephano Pappallo commence à donner plus de précision et recherche le

tréponème au microscope avant d'affirmer la réinfection.

Cependant on n'avait pas oublié que Gaucher et Fournier avaient nié la réinfection. Aussi son existence n'était-elle pas universellement admise et les sceptiques étaient encouragés dans leurs doutes par les publications d'observations basées exclusivement sur la clinique, observations dont nous avons rapporté quelques exemples dans les lignes qui précèdent. D'autre part, beaucoup de médecins pensaient que des cas de récurrence ou de superinfection avaient été pris pour des cas de réinfection. C'est alors que les définitions de ces mots, changeant du reste un peu avec les auteurs, parurent dans plusieurs journaux médicaux.

Commençons par éliminer ce qui a trait au « chancre redux » dont Milian a donné une bonne définition dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (1912) : on appelle chancre redux une syphilide chancroforme développée au lieu même du premier chancre. En 1915, Spence (*American Journal Med. Associat.*, Chicago, 1916), a reconnu une « recurrent syphilide » dans ce qu'un de ses confrères prenait pour un chancre. La confusion avec un nouveau chancre induré est parfois cliniquement trop facile à réaliser : l'induration du premier chancre, qui n'a jamais complètement disparu, est prise pour une induration nouvelle due à un deuxième chancre, la couleur est « jambon », les bords sont peu ou pas décollés, la douleur à la palpation est nulle, l'adénopathie affecte la même forme, au microscope, dans les deux cas, on trouve des tréponèmes. Il faut alors chercher ailleurs d'autres syphilides : sur les muqueuses, sur la peau ; il faut faire un examen complet et minutieux du malade, appareil par appareil, fonction par fonction ; la réaction de Wassermann se montrera en général positive.

Lipchitz (1911) dit que « lorsqu'on constate au cours d'une syphilis floride un nouveau chancre induré, il y a eu superinfection ». Là, comme précédemment, il faut faire le diagnostic différentiel du nouveau chancre d'avec une syphilide, plus rarement d'avec un chancre mou dont les caractères sont, le plus souvent, assez nets, pour rendre une erreur peu probable. Veress, dans le *Dermatologische Wochenschrift*, remarque que la superinfection donnant un chancre à une période de la première syphilis, si le premier chancre remonte à dix ans et si lorsque le second n'est pas encore cicatrisé, on note une roséole, il faut conclure que le premier chancre n'était pas syphilitique, un laps de temps de dix ans ne s'étendant pas d'habitude entre l'apparition d'un chancre et celle des accidents secondaires. Mais un traitement intensif lors du premier chancre a pu empêcher l'éclosion des accidents secondaires. A quoi attribuer cette superinfection : à une différence de races de tréponèmes, à une réinoculation ? Fournier dit qu'il n'en a jamais vu d'exemple. D'autre part, ne savons-nous pas que, dans les cas où le médecin conserve un doute sur la nature d'un chancre, malgré la clinique ou le laboratoire, il est autorisé à faire une inoculation au bras ou à la cuisse du produit de râclage du chancre et que, si l'inoculation ne produit pas d'ulcération, on en déduit la nature syphilitique du chancre ? Lorsque l'inoculation de la syphilis aux animaux ordinaires de laboratoire sera entrée dans la pratique courante, peut-être arrivera-t-on à différencier plusieurs races de tréponèmes et alors il ne sera pas invraisemblable de supposer qu'un cobaye ou un singe infecté par un tréponème « a », puisse l'être à nouveau par un autre tréponème « b » et que, au lieu de pénétration de ce tréponème « b », se reproduisent les mêmes phénomènes qui se sont produits au lieu de pénétration du tréponème

« a ». Mais, ce ne sont là que des vues théoriques, et, si tant est qu'ils existent, on peut affirmer qu'à l'heure actuelle, les cas de superinfection doivent être exceptionnels.

Ravaut, après avoir pris connaissance d'une communication de Friboes (où il était dit que l'auteur avait observé un chancre avec roséole sans nouvelle cause de contagion, chez un ancien syphilitique), conclut en affirmant que si les cas de récurrence sont prouvés, ceux de réinfection ne le sont pas; en fin de cet article (paru dans la *Presse Médicale* en septembre 1913), Ravaut explique que la récurrence peut tenir à trois raisons: 1° il demeure une colonie de spirochètes dans un tissu pathologique; 2° une thérapeutique trop vive a provoqué l'enkystement d'une colonie; 3° une thérapeutique trop peu active ou pas assez prolongée n'a pas détruit tous les foyers retranchés du spirochète. De même que nous avons dit qu'il y avait superinfection quand, au cours d'une syphilis floride, on constatait un nouveau chancre, de même nous pourrions dire qu'il y a récurrence quand on constate un nouveau chancre au cours d'une syphilis, cliniquement guérie, mais présentant encore des repères de spirochètes restés inaccessibles à la thérapeutique instituée. Pour Ravaut (du moins en 1913), tous les cas cités de réinfection sont en réalité des cas de récurrence: reconnaissons que la preuve absolue de l'existence de cas de réinfection pure ne pourra jamais être fournie. Comment affirmer après un traitement antisiphilitique qu'il a été réglé assez minutieusement pour détruire les colonies de spirochètes sans provoquer leur enkystement? Peut-on jamais affirmer que, dans un ganglion, dans la tunique d'une artère, dans un recoin de tissu conjonctif, il ne se trouve pas quelques spirochètes chez un

sujet traité pour syphilis? Rappelons que des accidents cutanés de syphilis tertiaire ont pu être pris pour des chancres et c'est fort judicieusement que Cassar nous met en garde contre cette source d'erreur (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, année 1916).

CHAPITRE II

CONDITIONS ACTUELLES DE LA RÉINFECTION

Dès 1914, certains auteurs se sont efforcés de préciser les conditions de la réinfection. Benario, dans le *Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, rapporte quarante et un cas, (traités par le salvarsan et le mercure) réunissant les cinq conditions suivantes, qu'il donne comme étant preuves nécessaires et suffisantes de réinfection: 1° cliniquement, il faut les caractéristiques du chancre induré; 2° la présence de spirochètes doit être constatée à l'ultra-microscope; 3° l'adénopathie typique ne doit pas manquer; 4° la réaction de Wassermann, devenue négative après le traitement du premier chancre, doit être à nouveau positive; 5° il faut qu'il y ait eu une source d'infection. En 1917, dans le *British medical journal*, White constate que la confusion de la réinfection avec les récurrences pouvait tenir à plusieurs causes: soit à l'absence de preuves positives cliniques lors du premier chancre, si le traitement rapidement institué, a empêché l'apparition des symptômes secondaires, soit à l'absence de recherches microscopiques; d'autre part, le second chancre pouvait être soit un chancre mou, soit un chancre redux, soit une gomme chancriforme, soit une syphilide indurée. On peut maintenant arriver à éliminer ces causes: par l'étude de la réaction

de Wassermann, par les indications fournies par le microscope. White fait remarquer que s'il s'agit d'un sujet hérédo-syphilitique, les indications fournies par la réaction de Wassermann peuvent être sources d'erreur. Pour Milian, le second chancre, celui de la réinfection, doit avoir eu une durée d'incubation d'au moins quinze jours et, de plus, doit pouvoir être superposable à celui de la personne cause de la nouvelle infection. Par ailleurs, Milian insiste sur les caractères cliniques, l'adénopathie satellite; il n'accorde pas une très grande confiance à l'étude de la réaction de Wassermann. Queyrat ne présume la guérison que si aucune manifestation de syphilis ne s'est produite depuis un an; il ajoute qu'il est préférable de réactiver la réaction de Wassermann pour lui donner plus de valeur.

Nous nous rendons compte que, par l'imposition de conditions nouvelles, par l'application plus stricte ou légèrement modifiée des cinq anciennes conditions de la réinfection données par Benario, les syphiligraphes ont singulièrement retréci le cadre où on faisait entrer les cas de réinfection. Il résulte que le diagnostic de réinfection repose actuellement :

1° *Sur la clinique.* — Il faut établir un diagnostic différentiel d'avec toutes les ulcérations d'origine non syphilitique, ou d'origine syphilitique mais secondaire ou tertiaire. L'incubation sera au moins de quinze jours. Remarquons que le temps d'incubation est souvent impossible à connaître, soit parce que le malade ne se souvient pas exactement de la date de son dernier coït, soit qu'il ait un intérêt quelconque à tromper le médecin qui le soigne, soit qu'il ait eu de nombreux rapports avec différentes personnes à des dates variant de quatre mois à quatre jours avant l'apparition de sa lésion. L'éclosion d'accidents

secondaires sera une bonne preuve de réinfection. Cette éclosion pouvant ne pas se produire par suite d'un traitement immédiat du chancre, il ne faut pas déduire la non-spécificité d'un chancre d'après sa seule absence. Dans l'intérêt du malade, nous pensons que le médecin ne doit pas retarder un traitement dans l'espoir de voir surgir une roséole, confirmation d'un diagnostic pouvant être posé d'une façon suffisamment certaine d'après d'autres symptômes. Nous ne croyons pas que l'absence de manifestation de syphilis pendant un an soit un signe certain de guérison. Pendant la guerre nous avons observé plusieurs malades évacués pour syphilis, ne présentant aucun accident depuis souvent plus d'un an et chez qui la réaction de Wassermann était positive.

2° *Sur l'examen microscopique de la sérosité de grattage du chancre ou de scarification au niveau d'une tache de roséole.* — Mais le microscope peut devenir une source d'erreur: des spirilles hôtes normaux du sillon balano-préputial peuvent être pris pour des tréponèmes pâles. Personnellement, nous avons eu l'occasion de faire de nombreuses recherches microscopiques pour des spirilles. Il s'agissait de soldats coloniaux porteurs d'ulcères phagédéniques des pays chauds. Nous avons fait un grand nombre de colorations (*Marseille médical* de septembre 1920) et il nous a été permis de constater, au cours de ces examens, qu'on pouvait prendre pour des tréponèmes certaines formes de spirilles. Consécutivement nous avons été amenés à chercher un procédé de coloration qui imprènerait seulement les tréponèmes pâles ou, au contraire, imprènerait tous les autres spirilles, sauf le tréponème pâle. Nous devons reconnaître qu'après de multiples essais avec divers sels de métaux lourds, alcalins, alcalino-terreux,

nous n'avons pu obtenir de résultat digne d'être retenu. Aussi, croyons-nous que les résultats d'un examen microscopique ne fournissent une preuve absolument certaine de la présence de tréponèmes pâles que si on utilise d'abord l'ultra-microscope (les spirochètes de la syphilis étant plus mobiles que les autres) et ensuite l'objectif à immersion (1/1500 par exemple). Le nombre de spires, la longueur, l'épaisseur de certains spirilles (prélevés sur des ulcères, du smegma, parfois même sur une ulcération d'angine de Vincent à association fuso-spirillaire banale), ont pu faire croire à tort à l'existence de certains cas de réinfection. Enfin, à propos des erreurs dues au microscope, citons en manière de conclusion cette phrase du professeur Gaucher : « On peut être trompé par la présence dans l'écoulement primaire de spirochètes sans spécificité et, d'autre part, je ne compte plus les cas de chancres syphilitiques certains dont la nature a été démontrée par les manifestations ultérieures et dans lesquelles les observateurs les plus expérimentés n'avaient pu découvrir de spirochètes ».

3° *Sur l'adénopathie.* — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de l'adénopathie syphilitique. Le « préfet de l'aine » a gardé la place prépondérante que lui avait assignée Ricord. Néanmoins, il faut toujours penser à la tuberculose, à la lymphadénie, à une blessure du membre inférieur (il existe des communications lymphatiques entre les différents groupes ganglionnaires de l'aine) ; bref, à toute cause capable de provoquer la tuméfaction d'un ganglion. Notons que chez certains de nos malades, atteints de chancres mous chez qui nous avons pratiqué en plein ganglion une injection de 1 ou 2 centimètres cubes de teinture d'iode gâicolée, la suppuration ne s'est pas produite mais, dans la suite, le ganglion est demeuré un

peu volumineux et, n'était sa mobilité qui nous semble diminuée, il pouvait être pris pour un ganglion syphilitique.

4° *Sur l'étude de la réaction de Wassermann.* — C'est un lieu commun maintenant qu'affirmer la non-infaillibilité de la réaction de Wassermann. Depuis longtemps, nous savons qu'un nombre assez important de maladies pouvait provoquer la positivité de la réaction. Ces maladies peuvent être causées par des spirilles ou non. Parmi les maladies dues à des spirilles, citons l'ulcère phagédénique des pays chauds qui donne, en général, une réaction de Wassermann positive (Clément, Donato et nous-même, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1921).

White cite le cas d'un homme atteint de chancre induré, cliniquement chancre syphilitique; à l'ultra-microscope, on a noté la présence de très nombreux tréponèmes: pendant un an la réaction de Wassermann est restée franchement négative. White a fait à son malade des injections de salvarsan et de mercure. Un an et demi après le premier chancre l'homme en question contractait un nouveau chancre après une incubation de quatre semaines; au microscope, on trouvait encore des tréponèmes. Pendant tout ce temps et dans les mois qui suivirent, la réaction de Wassermann resta toujours obstinément négative. Ainsi, positive lorsqu'il n'y a pas de syphilis, négative dans des cas certains de syphilis (nous l'avons vérifié nous-mêmes à maintes reprises), la réaction de Wassermann ne peut être considérée comme un critérium certain de syphilis. Même les techniques modifiées, même les précautions dont on s'entoure (par exemple, réactivation d'une syphilis latente par quelques centigrammes de novarsénobenzol), ne permettent pas de considérer la réaction de Wassermann

comme autre chose qu'une présomption de plus en faveur d'un diagnostic déjà posé solidement par ailleurs sur d'autres symptômes.

Dans les lignes qui précèdent, nous avons en vue la réaction de Wassermann du sérum sanguin. Cette réaction, pratiquée sur du liquide céphalo-rachidien peut parfois être positive, alors que la réaction du sang est négative. Avant d'affirmer la réinfection, il sera donc prudent de faire une ponction lombaire et d'attendre le résultat de la réaction de Wassermann qu'on aura pratiquée sur le liquide retiré. Il faudrait aussi tenir compte de la quantité et de la variété des leucocytes du liquide céphalo-rachidien et de sa teneur en albumine.

5° *Sur l'existence d'un nouveau contag.* — Là, encore, il faut compter avec plusieurs causes d'erreur. La contamination (surtout lorsqu'il s'agit de chancres extra-génitaux), pourra se faire à l'insu du malade, et un cas de réinfection sera classé parmi ceux de récurrence, ou, au contraire, le malade accusera telle ou telle personne, innocente en vérité de la contamination dont on la soupçonne, et un cas de récurrence risquera d'être classé parmi ceux de réinfection.

De l'énumération et de la discussion des conditions de la réinfection, il résulte qu'aucune, à elle seule, ne suffit à établir un diagnostic puisque toutes peuvent être entachées d'erreur. Seule, leur association permet d'affirmer la réinfection, même si cette association des cinq conditions n'est pas complète. La Médecine n'est pas fille de la Mathématique: le clinicien doit connaître ces conditions, mais sa liberté de jugement reste entière et il peut asseoir un diagnostic de réinfection en se basant seulement sur la clinique et le microscope par exemple, ou le microscope et la

réaction de Wassermann. Qu'il preune garde cependant de tomber dans l'excès contraire: les cas de réinfection survenus après une seule injection de novarsénobenzol ou même sans aucun traitement, nous paraissent toujours un peu suspects.

Bien qu'ils soient rares (de 6 à 10 en 1913, de 40 à 45 en 1914, de 3 à 5 en 1915, de 3 à 5 en 1916, une trentaine en 1917, — y compris les 28 cas de White dont nous reparlerons — une dizaine en 1918 et 1919) les cas où l'existence de la réinfection ne peut être mise en doute ne sont pourtant pas absolument exceptionnels. Nous pouvons en rapporter deux observations, encore inédites, croyons-nous, à l'heure actuelle. Nous devons la première à l'obligeance de M. le docteur Clément, médecin chef du Centre de vénéréologie de la XV^e région, membre de la Société de dermatologie et syphiligraphie, sous les ordres duquel nous avons pris goût à l'étude des maladies vénériennes, étude vers laquelle le docteur Evrard nous avait aiguillé. On nous permet d'exprimer ici toute notre gratitude aux docteurs Evrard et Clément.

CHAPITRE III

DEUX OBSERVATIONS INÉDITES ET LEUR DISCUSSION

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le docteur Clément)

C..., soldat serbe, 2^e régiment, 33 ans, entré le 10 janvier 1920 à l'Hôpital de la Rose pour une ulcération du sillon balano-préputial. Il s'agit en l'espèce d'un chancre syphilitique typique survenu sur une excoriation que le malade présentait au début de décembre au moment du coït infectant. L'aspect est classique: exulcération ronde, à bords nets, non décollés, grande comme une pièce de 50 centimes, de couleur chair musculaire, saignant facilement et à base nettement indurée. Grosse adénite inguinale gauche non suppurée. Pas d'autres symptômes cliniques chez ce gailard qui mesure 1 m. 82 et pèse 85 kilos. Un frottis de sérosité du chancre (coloré par nous par le procédé de Fontana-Tribondeau) décèle des tréponèmes caractéristiques. Un deuxième examen, pratiqué dans un laboratoire, donne: « Pas de tréponèmes, sérosité à polynucléaires ». Une réaction de Wassermann, nettement positive, confirme le diagnostic de chancre syphilitique qui semblait s'imposer, malgré le résultat contradictoire de ces examens.

Or, ce malade avait déjà un passé syphilitique; il dit n'avoir jamais eu de chancre antérieurement, mais il craint cependant de s'être contaminé en Russie en 1917 dans un hôpital où il séjourna en contact intime journalier de syphilitiques. Il y était traité lui-même pour hématurie.

En 1918, se trouvant à Toulon, il présente des troubles de l'ouïe. Un examen complet décèle une réaction ganglionnaire assez intense (ganglions sous-occipitaux, épitrochléens, etc...), de la céphalée, de la chute des cheveux. Un examen du sang donne un Wassermann positif le 5 décembre 1918. Il est alors soumis au traitement intensif suivant: dix injections intraveineuses de novarsénobenzol (0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 90, 0 gr. 90, 0 gr. 90, 1 gr. 05, 1 gr. 05). Le 17 février 1919, le Wassermann est encore franchement positif. On fait trois piqûres de 1 gr. 20 chaque de novarsénobenzol. Le 10 mars, le Wassermann est partiellement positif. En avril: nouvelle série d'injections de 914: 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 90, 0 gr. 90, 1 gr. 05, 1 gr. 05. En mai 1919, le Wassermann est négatif. Le malade avait reçu 15 gr. 25 de novarsébenzal en cinq mois. Il ne présenta plus aucun symptôme de syphilis jusqu'à l'apparition de son nouveau chancre en décembre 1919. Celui-ci disparut rapidement sous l'influence de cinq piqûres de novarsénobenzal et vingt-six de bi-iodure de mercure.

Les signes d'hérédo-syphilis ont été recherchés avec soin: rien n'a été trouvé de net, sauf une implantation vicieuse des incisives inférieures. Aucun antécédent héréditaire ni personnel n'attire l'attention: ni paludisme, ni fièvre éruptive dans le passé du malade. Il semblerait qu'il s'agit dans ce cas d'une réinfection syphilitique chez un malade brutalement stérilisé par le 914. On ne peut penser à un chancre redux ou à la reviviscence de tréponèmes dans une lésion cicatrisée puisque le malade n'a jamais rien eu

sur la verge, il est très affirmatif sur ce point. S'agit-il d'une superinfection? Mais le cas est encore intéressant à signaler car alors les symptômes cliniques et les réactions sériques donnent absolument l'illusion d'une première inoculation.

Cette observation réunit toutes les conditions de la réinfection plus haut énumérées, toutes sauf celle ajoutée par Queyrat, à savoir l'espace d'un an entre la disparition de tout accident et l'apparition du second chancre. Cliniquement, le second chancre était, sans doute possible, syphilitique: couleur jambonnée, induration cartilagineuse, rien ne manquait. Nous ne savons pas quel procédé a été employé dans le laboratoire où le deuxième examen de sérosité a été pratiqué. Quant au procédé de Fontana-Tribondeau, employé par nous lors du premier, il a toujours donné entre nos mains d'excellents résultats et dans notre esprit aucun doute ne subsiste concernant la présence de tréponèmes dans la sérosité que nous avons étudiée. On peut objecter que la façon dont s'est opérée la seconde contamination est, pour le moins, originale. Nous le reconnaissons. Néanmoins, tous les praticiens savent combien il est difficile d'obtenir de certains malades la vérité pure et simple, et, pour la syphilis plus que pour toute autre maladie, les explications les plus fantaisistes, les plus invraisemblables aussi, sont journellement fournies pour éclaircir des faits remarquablement banaux par eux-mêmes. Il y a à peine quelques jours n'avons-nous pas entendu un malade nous affirmer et nous soutenir avec toute son énergie qu'un chancre de l'épaule s'était montré sur lui après un accident de chemin de fer? Dans le cas qui nous occupe C... n'a jamais rien eu sur la verge, il le dit et un examen minutieux de sa verge confirme ses assertions. Avec M. le docteur Clément, nous pensons avoir affaire à un cas de réinfection.

OBSERVATION II

(Personnelle)

M. D..., âgé de 41 ans; profession: sergent-major.

Antécédents héréditaires: père mort d'une maladie de cœur, rien de particulier concernant la mère et les quatre frères ou sœurs.

Antécédents personnels: a eu les pyrexies ordinaires de l'enfance (coqueluche, rougeole), a fait un séjour de cinq ans en Indo-Chine. Pendant ce séjour, il n'a pas contracté de maladie exotique.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Depuis le mois de janvier 1914, D... a eu à plusieurs reprises des excoriations de la verge, surtout au niveau du sillon balano-préputial. Ces excoriations, attribuées par lui à des écorchures faites pendant les coïts ou à de l'herpès, s'atténuaient sous l'influence de bains locaux au permanganate de potasse et des soins de propreté courante; elles n'ont pas nécessité la visite d'un médecin. Notons cependant qu'elles se sont accompagnées d'une adénite bilatérale de peu de volume, à ganglions durs et roulant sous les doigts, qu'elles ont duré de janvier jusqu'en octobre, qu'elles ne se sont plus reproduites après un traitement spécifique. Dans les derniers jours de septembre, survient une éruption. Cette éruption, venue brusquement, est généralisée; la face et le cou ne sont pas respectés. Elle se compose de deux sortes d'éléments: les uns, simples taches roses, se retrouvent même à la face palmaire des mains, au niveau de l'éminence hypothénar (il s'agit probablement d'une roséole spécifique), les autres, papuleux, de teinte cuivrée, sont recou-

verts d'une mince pellicule sous laquelle se trouve un peu de sérosité ou de pus. On ne remarque rien dans la bouche, D... dit qu'il avait le fondement irrité; mais comme le médecin consulté n'a pas examiné l'anus, nous ne pouvons que présumer qu'il s'agissait de plaques muqueuses. Le malade entre à l'hôpital. Son billet d'admission ne porte que cette indication vague, preuve du doute du médecin: « Eruption d'origine suspecte ». D... est pourtant mis dans un service de maladies vénériennes. On recherche à l'ultramicroscope les tréponèmes dans la sérosité des pustules et dans la sérosité de scarifications superficielles pratiquées sur les taches de roséole. Ils s'y montrent très nombreux. Nous ne connaissons pas le résultat d'une réaction de Wassermann faite à cette époque. Mais les indications déduites de l'examen microscopique étaient suffisantes pour qu'on instituat un traitement spécifique. Localement, on donne des bains chauds et des frictions au bichlorure de mercure; dans les veines, on injecte 4 gr. 50 de novarsénobenzol répartis en six piqûres (0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 90, 0 gr. 90, 0 gr. 90), une tous les cinq jours. Chaque injection provoque une poussée thermique de quelques dixièmes, un peu de diarrhée, pas de nausées, pas de crise nitritoïde. On fait aussi 25 injections intraveineuses d'oxycyanure de mercure. Lorsque, en novembre, le traitement prend fin, l'éruption a disparu, quelques traces blanchâtres indiquent seulement le siège des pustules. En 1915, par prudence, D... se fait faire deux injections intraveineuses de novarsénobenzol et dix intramusculaires de biiodure de mercure en février, et dix piqûres encore de biiodure en octobre, sans novarsénobenzol. A cause des difficultés créées par la guerre, D... ne suit aucun traitement pendant le cours des années 1916, 1917, 1918, 1919. Pendant ces quatre ans, il ne présente aucun accident de quelque

nature que ce soit et même des blessures de guerre guérissent avec une grande rapidité. En mars 1920, le malade revient à l'hôpital, son billet d'entrée porte la mention: « eczéma séborrhéique ». On ne fait pas de réaction de Wassermann et d'emblée on pratique quatre injections de novarsénobenzol (0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 60) et cinq de benzoate de mercure. D... quitte l'hôpital guéri de son eczéma, mais y retourne le 23 juillet pour une angine de poitrine. Cette fois, on fait une réaction de Wassermann: elle est négative. Cependant on pratique quinze injections intraveineuses de cyanure de mercure. Sur le bateau qui le ramène de l'Indo-Chine en France, en septembre 1920, D... se découvre trois ulcérations sur la verge: deux dans le sillon balano-préputial, une sur le fourreau. Cette dernière est couleur jambonnée, très nettement indurée; l'adénopathie inguinale bilatérale est minime. En même temps survient une éruption en tout semblable à celle de 1914: elle est généralisée, composée de deux éléments, pustules et taches rosées. La réaction de Wassermann, pratiquée au mois d'octobre est nettement positive. Le malade se plaint de céphalée à prédominance nocturne, de douleurs dans les deux genoux. Par mesure de prudence (à cause des crises d'angine de poitrine), on ne dépasse pas la dose de 0 gr. 30 de novarsénobenzol par injection. On en fait cinq, soit un total de 1 gr. 50 de novarsénobenzol: tous les accidents régressent ou disparaissent le 25 janvier 1921, la réaction de Wassermann est redevenue négative.

Cette observation laisse plus de prise à la critique que la première. Le premier chancre était-il bien de nature syphilitique? La présence d'une adénite typique, le traitement d'épreuve les plaques muqueuses probables de l'anus,

la réaction de Wassermann, la recherche de tréponèmes dans la sérosité des taches de roséole et de papules, ne laissent aucune place au doute. Ce malade, objectera-t-on, a présenté des crises d'angine de poitrine. Cette dernière affection est probablement due à de l'artérite syphilitique des artères coronaires et, alors, pourquoi parler de réinfection puisque la première syphilis continue à manifester sa présence? Nous pouvons faire remarquer que l'angine de poitrine ne relève pas d'une seule cause, toujours la même, et qui serait l'artérite oblitérante syphilitique. En poussant l'interrogatoire, nous découvrons que M. D... est un nerveux et qu'il a des antécédents héréditaires cardiaques. Et comment expliquer les variations de la réaction de Wassermann, réaction positive après le premier chancre, négative après le traitement, positive après le second chancre? Et les douleurs osseuses nocturnes, et l'éruption, semblable à celle qui survint en 1914, ne font-elles pas admettre l'hypothèse d'un second chancre induré?

Citons encore une troisième observation de White qui nous paraît typique.

OBSERVATION III

(White. British Medical Journal, p. 509, 1917).

Cas n° 14 d'une série de 28 observations. X... est admis une première fois à l'hôpital au mois d'avril 1915. Il est porteur d'un gros chancre dur, unique, du dos de la verge (d'après Ricord tout chancre unique du fourreau a beaucoup de chances d'être un chancre de nature syphilitique). En même temps, le malade est atteint de condyloma du scrotum. Tous les ganglions, petits et durs, sont percepti-

bles au palper. La réaction de Wassermann est nettement positive. Le traitement spécifique est aussitôt institué; il consiste en l'injection intra-veineuse de salvarsan, répartie en huit fractions de 0 gr. 30 chaque, qu'on accompagne de six piqûres d'un sel mercuriel. Six mois après, en octobre 1915, X... est de nouveau admis à l'hôpital: sur le bord externe du prépuce, on note la présence d'un chancre reposant sur une base nettement indurée. A côté se voit la cicatrice du premier chancre. L'adénite inguinale est typique. la réaction de Wassermann, négative jusqu'au mois de novembre, devient complètement positive en décembre. On note la présence de tréponèmes à l'ultra-microscope. Le malade avoue sans difficulté qu'il s'est exposé à la contamination à maintes reprises.

CHÂPITRE IV

ETIOLOGIE DE LA RÉINFECTION

Ainsi donc, voilà trois cas, pris parmi beaucoup, où la réinfection ne peut être niée. Quand on songe que quatorze ans à peine nous séparent du temps où Gaucher écrivait : « D'après les expériences humaines faites par Gibert et l'anonyme du Palatinat, entre autres, il résulte que : le chancre syphilitique non plus que les lésions secondaires telles que les plaques muqueuses ne sont réinoculables à un sujet déjà infecté, donc la syphilis ne récidive pas ; tout syphilitique est réfractaire à une nouvelle inoculation », on est obligé de conclure que quelque chose a été changé en syphiligraphie ; ce qui était vrai, il y a vingt ans, ne l'est plus de nos jours. Dans sa clientèle journalière, le praticien peut maintenant avoir à diagnostiquer une réinfection de syphilis. Ce sont là discussions oiseuses, diront certains. Qu'importe à un malade de savoir si son premier chancre était syphilitique alors que le second l'est certainement ? Le premier avait guéri grâce au mercure et au salvarsan, grâce au salvarsan et au mercure guérira aussi le second. Ce n'est pas perdre son temps à prouver la vérité d'une théorie que de poser le diagnostic de réinfection, c'est un devoir pour le médecin. Le premier, Ravaut, a vu l'importance capitale que peut prendre un diagnostic

de réinfection. Un homme a eu un chancre syphilitique et a été soigné suivant telle méthode. Quelques années après, il contracte un nouveau chancre. Supposez que ce second chancre soit à nouveau un chancre syphilitique. N'en peut-on pas conclure que le premier traitement était bon, puisqu'il a réalisé la guérison de ce malade, guérison que les recherches des savants, prolongées pendant quatre siècles, n'avaient pu encore assurer? Si, au contraire, ce deuxième chancre était d'origine non syphilitique, ou encore, s'il avait été confondu avec un accident secondaire, voire tertiaire, n'en faudrait-il pas tirer une indication de traitement actif, plus actif même que lors du premier chancre?

Puisque nous avons admis l'existence de la réinfection, à quoi devons-nous l'attribuer? A différentes espèces de microbes? A l'évolution qu'à subie depuis quelques cents ans le terrain sur lequel se développent les germes? A la médication employée?

Etudions séparément ces trois points d'importance pourtant inégale:

1° *Différence de germes.* — Une femme A contamine deux hommes a et a'. Soumis au traitement arsenico-hydrargyrique pendant quatre ans a et a' semblent guéris de leur syphilis, même s'ils sont vus dix ans après la contamination. Une autre femme B contamine deux hommes b et b'. Soumis au même traitement qu'ont subi a et a', b et b' présentent 10 ou 20 ans après la contamination, des phénomènes tabétiques ou paralytiques généraux. (Dans un cas cité par Morel-Lavallée, une fille contamine cinq jeunes gens qui, tous, meurent paralytiques généraux.) On en a d'abord conclu que la paralysie générale relevait de la syphilis, hypothèse qui fut confirmée par Noguchi et Moore lorsqu'ils mirent en évidence la présence du trépo-

nème dans le cerveau des paralytiques généraux, puis par Levaditi et Danulesco qui, en 1913, isolèrent le tréponème du sang d'un paralytique par inoculation dans le scrotum d'un lapin. Dans la suite, A. Marie et Levaditi, constatant que le virus de la paralysie, inoculable au lapin, était, au moins pour certaines souches, inoculable en série, ont affirmé qu'il y avait deux germes: le virus neurotrope provenant de la paralysie générale et le virus dermatrope, provenant du chancre. - La durée d'incubation du virus dermatrope, après des passages successifs, s'abrègerait jusqu'aux environs de quinze jours; celle du virus neurotrope demanderait, dans tous les cas, de quarante à soixante jours. Les lésions dues au virus neurotrope seraient plus superficielles, moins ulcéreuses et indurées que celles dues au virus dermatrope. La virulence du virus dermatrope resterait intacte vis-à-vis du singe après plusieurs passages chez le lapin, alors qu'un seul passage enlève toute virulence au virus neurotrope. MM. Levaditi et Marie ont fait une expérience qui semble prouver la dualité des germes: par inoculation de virus dermatrope, on provoque chez un lapin un chancre. Une fois le chancre guéri, on inocule, en même temps, les deux testicules, d'un côté avec du virus dermatrope, de l'autre avec du virus neurotrope. De ce dernier côté seulement se développera une lésion. En un mot: « Les animaux qui guérissent après avoir présenté des lésions locales provoquées soit par le virus dermatrope, soit par le germe neurotrope, et qui, de ce fait, ont acquis un état réfractaire à l'égard du tréponème homologue, continuent à être réceptifs vis-à-vis du virus hétérologue ». De la sorte, on élèverait une barrière pour séparer le virus neurotrope du virus dermatrope, presque aussi haute que celle qui existe déjà entre les différentes races de spirilles de diverses maladies. Mais, ainsi

que le fait remarquer Pagniez, dans la *Presse médicale* du 1^{er} mai 1920, la question n'est pas encore complètement résolue : le virus neurotrope du paralytique général pourrait n'être que le résultat d'une adaptation progressive de la vie du parasite dans les centres nerveux. Il faut pourtant reconnaître à certaines souches de tréponèmes une aptitude neurotrope plus ou moins marquée. On ne saurait nier que ces différences sinon de races, du moins d'aptitudes parmi les tréponèmes, n'expliquent la possibilité de certains cas de réinfection. Mais les différences bactériologiques étant nulles, les différences cliniques réellement bien peu appréciables au point de vue chancre, de plus, les accidents dus à la paralysie générale étant, dans la majorité des cas, très tardifs, nous ne saurions en déduire que certains cas de réinfection de syphilis reconnaissent pour cause la pluralité des germes. D'ailleurs, dans les observations que nous avons pu lire, il nous a paru difficile de distinguer cliniquement, d'après les seules descriptions données par les auteurs, une lésion due à un virus dermatrope, de celle due à un virus neurotrope. Dans les cas de réinfection, le premier chancre était-il dû à des germes dermatropes, le second, à des germes neurotropes, nous ne le savons pas et, à moins qu'on ne découvre une différence morphologique ou humorale entre les syphilis dermatrope et neurotrope, nous ne le saurons jamais.

2° *Le terrain sur lequel évolue le tréponème a-t-il pu subir une modification assez profonde depuis vingt ans pour qu'elle puisse expliquer l'existence de la réinfection aujourd'hui, alors qu'on ne la soupçonnait pas autrefois?* Un seul facteur a pu modifier le terrain, encore ce facteur est-il d'action lente, à tel point qu'on ne peut l'invoquer comme cause réelle du nombre relativement élevé des cas de réinfection survenu dans un laps de temps aussi court.

Ce facteur c'est l'hérédité. Nous pensons qu'à l'heure actuelle, si on pouvait rechercher avec minutie dans les antécédents héréditaires de tous les individus appartenant à toutes les classes de la société, on ne manquerait point de trouver chez beaucoup de gens un passé de syphilis et, sans doute, on n'aurait souvent pas la peine de remonter à cinq ou six générations en arrière. Comment, objectera-t-on, l'hérédité syphilitique ne confère-t-elle donc pas une sorte d'immunité? Nous ne le pensons pas. Dans le nombre des malades qu'il nous a été donné d'examiner pour manifestation de syphilis acquise, nous avons rencontré un nombre relativement élevé d'hérédo-syphilitiques. Et, dans ce nombre, nous ne comprendrons que les cas cliniquement certains, car si on fait entrer dans la classe des hérédo-syphilitiques tous les malades présentant des tubercules de Carabelli, de simples déformations osseuses (craniennes ou faciales), ou des symptômes de moindre importance encore, la présence de la syphilis chez l'homme constituerait la règle et son absence l'exception. Parmi les hérédo-syphilitiques dont nous avons eu à nous occuper, nous avons remarqué la bénignité des accidents qu'ils présentaient lorsqu'ils venaient à contracter la syphilis une nouvelle fois, le chancre guérissait à la première ou à la deuxième dose de novarsénobenzol, la roséole souvent ne se montrait pas. Ce n'est pas là le fait d'une simple coïncidence. Depuis sa naissance, l'hérédo-syphilitique héberge des tréponèmes quelque part dans son organisme; depuis sa naissance, ses humeurs secrètent des anticorps. Du moment que l'hérédo-syphilitique vit (souvent sans apparence de mauvaise santé et sans avoir suivi aucun traitement), c'est que dans la lutte entre le tréponème et son organisme, son organisme a été le plus fort ou, tout au moins, le tréponème a été mis en de mauvaises conditions de pullula-

tion : il a dû se terrer dans quelque organe, dans le foie par exemple. Serait-il téméraire de supposer que chez un hérédo-syphilitique âgé, les tréponèmes (à supposer qu'on en trouve) seraient dépourvus de toute virulence, même en l'absence du traitement et cela étant dû simplement à l'action des humeurs ? Si donc un hérédo-syphilitique s'expose à la contagion, les tréponèmes, en franchissant le seuil du derme, trouveront une place bien défendue. Parce qu'ils sont en nombre, parce qu'ils sont virulents, ils parviendront peut-être à subsister : un chancre prendra naissance, mais ce chancre à cause de la résistance toute préparée de l'organisme sera moins grave qu'un chancre syphilitique chez un homme indemne de tout antécédent héréditaire spécifique. Précisément parce qu'il sera moins grave, les réactions humorales seront moins accentuées et dès lors, on comprend que la somme des anticorps sécrétée par l'organisme d'un hérédo-syphilitique destinée à combattre les antigènes héréditaires et acquis, la somme de ces anticorps, dis-je, étant inférieure à celle provoquée par la première invasion des tréponèmes dans un organisme neuf, l'hérédo-syphilitique pourra être un bon terrain pour la réinfection. Il se passe ici pour la syphilis ce qui se passe pour la fièvre typhoïde, mais dans un ordre d'idées un peu différent : en général, on ne subit qu'une atteinte sérieuse de typhoïde dans le cours d'une vie si on n'a pas été vacciné. Or, depuis que la vaccination anti-typhoïdique est répandue, on a remarqué que certains sujets avaient, à une ou plusieurs reprises, des typhoïdes, mais il s'agissait alors de typhoïdes bénignes. Et l'explication de ce fait est toute simple : après une atteinte sérieuse de typhoïde, nos humeurs renferment des anticorps en quantité suffisamment élevée pour que le bacille d'Eberth ne puisse plus devenir à nouveau une source de

septicémie. Après une vaccination, notre organisme fournira aussi des anticorps mais en moindre quantité; il n'y en aura pas assez pour que le bacille d'Eberth ne puisse plus se développer, il y en aura assez pour qu'il se développe mal et ne provoque plus qu'une infection bénigne. Nous comprenons que cette infection bénigne elle-même ne donnera naissance qu'à une faible production d'anticorps (puisque la quantité d'anticorps est proportionnée à la quantité d'antigène) et que dans un avenir d'autant plus rapproché que l'affection aura été moins sévère, l'organisme pourra être une seconde, ou même une troisième fois, envahi par le bacille d'Eberth. Donc, le chancre syphilitique peut se trouver chez les hérédosyphilitiques mais, il doit avoir une gravité moindre. Les quelques cas de ce genre que nous avons pu observer nous poussent à croire qu'il s'agit là d'une règle générale et non pas seulement d'une simple vue de l'esprit.

La race peut-elle avoir une influence sur la réinfection? L'étude de la réinfection date de trop peu d'années pour que cette question puisse être résolument tranchée. D'après ce que nous avons dit plus haut, les races où la syphilis exerce depuis le plus longtemps ses ravages devraient présenter le plus grand nombre de cas de réinfection. Mais avec les facilités de communications qui existent depuis bientôt cent ans, nous ne pensons pas qu'il se trouve actuellement un lieu sur la terre où le tréponème n'ait exercé ses ravages. En dehors de la question hérédité liée à la race, il est vraisemblable que la race peut influencer par d'autres facteurs sur la réinfection. En ce qui concerne la tuberculose, les unicistes, dont l'opinion prévaut à l'heure actuelle, prétendent que les bacilles bovin, aviaire et humain, partent d'une souche commune. Certains vont plus loin: les bacilles bovin et humain seraient identiques, et,

partant de cette affirmation, ils admettent la tuberculisation humaine par l'absorption de lait bacillifère et, réciproquement, ils vaccinent les vaches laitières avec du vaccin fabriqué avec des cultures de bacilles humains. Ce qui est certain, c'est que des bacilles humains virulents injectés au bœuf le rendront tuberculeux et, au bout de quelques mois, ces bacilles humains auront pris la morphologie et tous les autres caractères des bacilles bovins. A force de « passages » chez des individus d'une même race, les tréponèmes ne doivent-ils pas acquérir la meilleure forme d'adaptation au milieu dans lequel ils vivent? Cette forme d'adaptation variant avec les races, les tréponèmes finiront par se différencier entre eux. Certes, ces différences seront inappréciables par les moyens d'investigation ordinaires, mais elles existent néanmoins: personne à l'heure actuelle, ne contestera que la syphilis de l'Annamite n'est pas plus grave — nous dirons même de forme clinique un peu différente — que celle de l'Européen? La syphilis n'est d'ailleurs pas la seule maladie dont la fréquence et l'évolution varient avec la race: les noirs contractent la variole avec plus de facilité que les blancs, chez eux, plus que chez les blancs, le pneumocoque est cause de mortalité; réciproquement, les blancs plus que les noirs, subissent les atteintes de l'hématozoaires du paludisme. Ne faut-il pas admettre que chez le noir l'agent de la variole prend une virulence plus grande et, après plusieurs passages, est-il impossible de croire qu'il se soit « spécialisé » si l'on peut dire, pour le terrain où il vit? S'il en est de même pour la syphilis, si des tréponèmes arrivent à se différencier suivant les races, il est logique de supposer qu'un homme, infecté une première fois avec un tréponème adapté à une certaine race, le sera plus facilement une seconde fois avec un tréponème adapté à une autre race, qu'avec un trépo-

nème absolument identique à celui qui causa le premier chancre. En effet, les anticorps de l'organisme suffisamment efficaces contre le tréponème cause de la première infection, le seront moins vis-à-vis d'un autre légèrement différencié du premier. Parmi les vingt-huit observations de White, la plupart se rapportent à des marins. Plus que tout autre, le navigateur est exposé à des contaminations où les germes peuvent différer, que ces différences tiennent à la race ou même simplement au climat. Dans la première de nos observations, la première contamination s'est faite en Russie, la seconde en France. Nous devons cependant reconnaître que cette question de différenciation de tréponèmes suivant les races, n'a pas une importance fort grande: Pinard (*Presse médicale*, 10 juillet 1919), cite le cas d'un homme qui donna la syphilis à sa femme, réussit à se guérir, et contracta une seconde fois la syphilis de sa propre femme, le nouveau chancre, comme le veut Queyrat, était exactement superposable à une plaque muqueuse de la vulve de la femme.

Le sexe doit aussi exercer une influence sur la production de la réinfection. Il est curieux de constater qu'à l'heure actuelle tous les cas de réinfection se sont produits exclusivement chez les hommes. On ne peut admettre que le tréponème trouve chez l'homme, plus que chez la femme, un terrain propice à sa multiplication; s'il en était ainsi, la syphilis devrait sévir avec plus d'intensité chez le sexe masculin, nous savons qu'il n'en est rien. Le chancre de réinfection peut passer inaperçu chez la femme, beaucoup plus facilement que chez l'homme. Déjà, chez ce dernier, le chancre de réinfection peut ne pas s'imposer à l'attention du médecin et il est vraisemblable qu'on ne s'est souvent pas rendu compte de sa présence lorsqu'il siégeait au niveau de la face postérieure d'une amygdale ou un peu

profondément dans l'anus par exemple. Mais il s'agit là de chancres extra-génitaux, les plus rares. Chez la femme, même les chancres génitaux, peuvent ne manifester leur présence par aucun signe subjectif. La femme consultera son médecin parce qu'elle a remarqué une éruption semblable à celle qui a suivi son premier chancre. S'il ne songe à faire un examen approfondi des parties génitales, le médecin pensera fatalement être en présence d'une roséole récidivante, il en conclura que le traitement institué a été insuffisant : on devine l'enchaînement d'erreurs, préjudiciable pour la malade, qui peut suivre. Nous croyons que c'est simplement parce qu'ils n'ont pas été remarqués que les cas de réinfection survenant chez des femmes n'ont pas été rapportés.

Les chancres génitaux sont les plus fréquents, à beaucoup près. En général, on peut dire qu'ils sont de gravité moindre que les chancres extra-génitaux. Nous avons pu observer une dizaine de malades porteurs de chancres syphilitiques de la face. Ils ont été soumis au traitement ordinaire, suffisant pour rendre négative la réaction de Wassermann et pour amener une disparition rapide de l'accident primaire chez les porteurs de chancres génitaux ; dans plusieurs cas, une thérapeutique plus active dut être instituée pour cicatriser les chancres extra-génitaux. Or, dans tous les cas de réinfection que nous avons pu recueillir, les chancres siégeaient toujours au niveau des organes génitaux. Certes, on peut objecter que les chancres génitaux étant les plus nombreux, il ne s'est pas encore présenté de chancre extra-génital de réinfection. Nous pensons que d'autres raisons peuvent intervenir : au premier rang, nous placerons la gravité moindre des chancres génitaux. A quoi est due cette différence de gravité, à ce que les organes génitaux sont mieux irrigués, donc

mieux défendus que le reste du corps, à leur disposition histologique, à leur éloignement des centres nerveux supérieurs? Le fait certain et intéressant pour nous, est que cette différence existe. Chez un malade que nous soignons actuellement, le chancre siégeait sur l'aile droite du nez. En temps ordinaire, la cicatrice, du volume d'une tête d'épingle, est incolore, un peu indurée. Vient-on à pratiquer une injection de novarsénobenzol, même à dose faible : la cicatrice rougit et, parfois même, laisse sourdre une goutte de sérosité. Bien que nous ayons pratiqué un examen bactériologique de cette sérosité et que nous n'ayons pu y déceler la présence de tréponèmes, nous pensons qu'au niveau de la cicatrice se trouvent quelques nids de spirochètes, cause de la réaction d'Herxmeier. La rougeur et la sécrétion qui se produisent lors de l'injection de novarsénobenzol traduisent la réaction des tréponèmes vis-à-vis de l'arsenic. Il faut admettre que si les tréponèmes trouvent à s'enkyster plus facilement au voisinage des chancres extra-génitaux qu'à celui des chancres génitaux, la récidive pourra se produire mais non la réinfection. C... (observation I) et M. D... (observation II) ne présentaient aucune manifestation spéciale au niveau de leur premier chancre consécutivement aux injections de novarsénobenzol, probablement parce que le tréponème n'avait pas pu s'y retrancher. Ainsi donc, on pourra observer des chancres syphilitiques extra-génitaux dans des cas de réinfection mais seulement comme chancres de réinfection et jamais comme chancres primitifs.

A une exception près (M. D..., observation II où cependant il s'agit d'un soldat qui a combattu pendant la guerre) les sujets porteurs de chancres de réinfection étaient des sujets vigoureux. Cela revient à dire que le tréponème pénétrait dans un organisme où la puissance défensive était

portée à un haut degré; de plus, la médication employée a pu être beaucoup plus énergique, beaucoup plus brutale, serions-nous tenté de dire, en songeant à C... (observation I) qui reçut 15 gr. 25 de novarsénobenzol en cinq mois.

3° *Le traitement.* — A notre sens, les variations du microbe, les variations du terrain ne peuvent suffire à expliquer ce fait, à savoir que la réinfection existe aujourd'hui et était inconnue il y a vingt ans. L'évolution, tant du microbe que du terrain, ne peut être que lente: *natura non fecit saltus*. Qu'y a-t-il donc eu de radicalement changé en syphiligraphie depuis vingt ans, qu'y a-t-il donc eu qui ait précédé de si peu l'apparition de la réinfection qu'on puisse établir entre ces deux faits des relations de cause à effet? C'est le traitement.

Pour plus de commodité, parlons d'abord du traitement abortif. Un de nos camarades, Casabianca, a récemment étudié cette question toute d'actualité. Aussi, nous dispenserons-nous, de nous étendre longuement sur le traitement abortif pour ne considérer que les relations existant entre la réinfection et le traitement abortif. Le traitement abortif étant institué dans le plus bref délai possible, il est à craindre que l'on ne s'attarde pas à tous les moyens d'investigation pour poser le diagnostic. Au point de vue laboratoire, la réaction de Wassermann ne pourra être d'aucune utilité puisque nous savons qu'elle n'est jamais positive dans les quelques jours qui suivent le chancre syphilitique. Cliniquement, on n'attendra jamais l'apparition de la roséole pour instituer le traitement abortif. Aussi, est-il vraisemblable que, parmi les cas rapportés de syphilis guérie par le traitement abortif, beaucoup sont entachés d'erreur. Gennerich, dans le *Münchener Medizinische Wo-*

chenschrift (1914), rapporte quinze cas de réinfection. Il dit que le traitement abortif par salvarsan et mercure a été pratiqué, plus loin, pour prouver que le premier chancre était bien syphilitique, il ajoute que la clinique et la réaction de Wassermann plaident en faveur de la spécificité. De deux choses l'une: le traitement ne peut être appelé abortif si on a attendu pour l'appliquer que la réaction de Wassermann devienne positive ou bien, la réaction de Wassermann a été faite dans de mauvaises conditions et il ne s'agissait peut-être pas d'un chancre syphilitique. Gennerich nous dit bien qu'il a observé des roséoles, mais seulement après le second chancre, aussi doutons-nous que ces quinze cas de réinfection soient tous bien authentiques. Boas nous rapporte de son côté deux cas de réinfection après cure abortive (1916). Dans tous les cas de réinfection après cure abortive, le médicament a toujours été l'arsenic (salvarsan ou néo-salvarsan) associé ou non au mercure.

Les cas de réinfection après la cure ordinaire de la syphilis (arsenic et mercure associés, arsenic seul, mercure seul, suivant les auteurs) sont plus fréquents qu'après le traitement abortif. Cela provient sans doute de ce que, somme toute, le traitement abortif est assez rarement tenté et aussi, croyons-nous, parce que le traitement banal est souvent plus efficace que le traitement abortif.

Depuis l'année 1913, nous remarquons que le traitement arsenico-mercuriel tend à supplanter tous les autres. Parmi les seuls cas de réinfection, nous en trouvons 70 après le traitement arsenico-hydrargyrique (Benario, Gennerich, Biach, Renaut), deux après une seule injection de salvarsan (Bethune, Cunningham), trois après un traitement exclusivement mercuriel, quatre après un traitement exclusivement arsenical mais composé de plusieurs injec-

tions (salvarsan ou néo-salvarsan). Landouzy et Pinard, comme nous l'avons dit plus haut, ont cru pouvoir affirmer la réinfection dans un cas où le premier chancre était supposé syphilitique, parce que, huit ans après son apparition, on notait de la leucoplasie commissurale. La leucoplasie commissurale, d'origine syphilitique, pouvant être très facilement confondue avec la leucoplasie des fumeurs, le lichen plan, il peut fort bien se faire que le premier chancre n'ait pas été syphilitique; aussi cette réinfection sans qu'aucun traitement ne soit intervenu, nous paraît plutôt devoir être une première infection syphilitique. Cependant Sohe, dans le *Berliner Klinische Woch.* (1914), a vu un cas de réinfection consécutif à un traitement exclusivement local. Nous devons faire remarquer que les cas dont nous citons les chiffres plus haut, ne répondent pas tous aux cinq conditions de la réinfection (notamment en ce qui concerne l'espace de un an sans accident) néanmoins ils en réunissent suffisamment pour pouvoir être catalogués avec les cas de réinfection sans trop de chances d'erreurs.

CHAPITRE V

TRAITEMENT ACTUEL DE LA SYPHILIS

Quel enseignement peut-on dégager de cette étude forcément incomplète de la réinfection? Avant tout il faut rendre hommage aux médecins et aux chimistes grâce auxquels nous disposons aujourd'hui d'une médication vraiment spécifique de la syphilis. Quand nous brisons d'une chiquenaude la légère ampoule où se trouvent enfermés les quelques centigrammes de poudre jaune qui vont donner la vie une seconde fois à nos syphilitiques, ayons une pensée de reconnaissance pour ceux qui ont mis au point ce remède, pour ceux qui, à force d'intelligence, de méthode et de labeur acharné, ont imposé un produit français aux marchés du monde et ont ainsi délivré de leur dette de reconnaissance vis-à-vis de nos ennemis d'hier, ceux qui maintenant font usage de notre novarsénobenzol ou de notre galyl.

Comment donc régler le traitement de la syphilis pour avoir le plus de chances possibles de la guérir? Un traitement qui poursuit un tel but doit être imité de ceux qui ont été suivis du plus grand nombre de cas de réinfection, puisque la réinfection est la preuve d'une première guérison. C'est dire qu'il sera mixte: qu'il comprendra à la fois le mercure et l'arsenic, parfois l'iodure de potassium.

Lors de l'apparition du salvarsan, l'engouement pour les composés arsenicaux fut extrême. « Le temps qui calme tout calme aussi nos humeurs », en relisant les articles de presse parus vers 1909, on ne peut s'empêcher de sourire en établissant la comparaison entre les résultats qu'on attendait du salvarsan seul et ceux qu'on en a obtenus. Maintenant le moment des panégyriques outrés ou des critiques excessives est passé: nous connaissons la valeur réelle des composés arsenicaux, nous devons en retirer le maximum de rendement, mais nous savons qu'à eux seuls, ils ne peuvent assurer la cure de la syphilis. D'abord, évitons l'écueil qui consisterait à donner une dose massive (par exemple 1 centigramme de novarsénobenzol par kilo d'individu en une première dose). Nous l'avons dit: sans parler des accidents immédiats, une pareille façon de procéder aurait pour résultat de favoriser l'enkystement des triponèmes. Nous donnerons donc des doses fractionnées. Ici, deux méthodes se trouvent en présence: Sicard conseille les petites doses, répétées à court intervalle, Milian préfère les doses progressives croissantes à raison d'une par semaine. Sans entrer dans le détail d'une discussion pourtant pleine d'intérêt, plaçons-nous au point de vue pratique. Voici la règle que nous suivons: nous pratiquons des injections de 914 à doses progressivement croissantes (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 90 après les précautions d'usage: examen du rein, du cœur, du poumon); si le malade accuse des phénomènes d'intolérance (crises nitritoïdes, diarrhée), nous faisons des injections de 0 gr. 15 à raison d'une tous les deux jours. Jusqu'à présent (nos observations comportent plus de deux cents cas), nous n'avons pas eu d'accidents anaphylactiques ni d'ictère grave, seulement quelques crises nitritoïdes. Ces crises ont toujours cédé à l'injection intraveineuse d'adréna-

line. Dans un cas où nous avons craint pour les jours du malade, nous en avons fait, d'un seul coup, un demi-milligramme sans inconvénient. Grâce au 914, les accidents muqueux et cutanés régressent rapidement. Parfois (4 ou 5 fois sur 100) lors de la dernière injection de 914 les accidents n'ont pas complètement disparus : nous faisons alors une sixième injection supplémentaire. En principe, nous ne dépassons pas la dose de 1 centigramme par kilo d'individu et nous faisons par série environ 3 gr. 50 de novarsénobenzol. Toujours nous administrons du mercure en même temps que l'arsenic. Certains, dans le but d'entretenir l'organisme infecté par le tréponème dans un état d'imprégnation médicamenteuse, préconisent l'administration séparée d'abord de l'arsenic, puis du mercure. Nous aimons mieux frapper fort la maladie en associant les deux médicaments, puis, laisser à l'organisme un repos complet de un, deux ou trois mois. De plus, l'arsenic jouit de propriétés spirillicides en général, de quelque espèce de spirilles qu'il s'agisse. Or, le traitement mercuriel amène très fréquemment de la gingivite et de la stomatite, affections dues à des spirilles, ou à l'association fuso-spirillaire et qui peut parfois contraindre le médecin à cesser la cure hydrargyrique. L'arsenic, par son action sur les spirilles permettra souvent d'introduire dans l'organisme des quantités de mercure qu'il aurait été impossible d'administrer sans son concours. Les sels solubles de mercure jouissent de la faveur générale ; de plus en plus, on tend à les injecter directement dans les veines. Nous pensons que, dans un avenir assez rapproché, les veines seules serviront de porte d'entrée à la médication anti-syphilitique. Nous nous adressons d'ordinaire au cyanure de mercure (à 0 gr. 01 par centimètre cube, exceptionnellement 0 gr. 02 par centimètre cube). Lorsque l'injection est bien faite

dans la veine, si on a eu soin d'essuyer l'aiguille avec une gaze aseptique avant de piquer, si, l'injection étant poussée, on a aspiré 2 ou 3 centimètres cubes de sang qu'on a refoulés ensuite afin d'éviter de semer du cyanure dans le trajet de la piqûre en retirant l'aiguille, il n'y a aucune réaction locale, aucune douleur. Dans deux cas, le cyanure ayant été injecté à côté de la veine, nous avons observé une escarre qui s'est éliminée d'elle-même. En quinze jours tout était rentré dans l'ordre. Parfois (il s'agit alors de la solution de cyanure à 0 gr. 02 par centimètre cube) le malade accuse un peu de vertige et un goût d'amandes amères dans la bouche. Quelques minutes de station horizontale font cesser ces malaises, qui n'ont jamais eu de caractère inquiétant. On a fait au cyanure de mercure le reproche de durcir les veines. Nous avons revu, deux ans après leur traitement, des malades que nous avons soignés par le cyanure : leurs veines ne présentaient aucune particularité. Aussi, pensons-nous que le durcissement signalé devait tenir à une pratique défectueuse et de l'injection bien plus qu'à des propriétés du médicament. La dose moyenne de mercure correspondant à une série de novarsénobenzol est d'environ 0 gr. 20 répartis en dix ou vingt injections. Si, à cause de la petitesse des veines ou de la pusillanimité du malade (nous n'avons jamais trouvé de contre-indication formelle du cyanure), on doit s'adresser à un autre mode d'administration du mercure que l'injection intraveineuse, on peut avoir recours au biiodure ou au benzoate de mercure, en injection intramusculaire. Lorsque le malade ne peut voir son médecin qu'une fois par semaine, le choix est à faire entre le calomel et l'huile grise. L'un et l'autre nous ont donné, en général, d'excellents résultats et, si nous préférons l'huile grise, c'est qu'elle est d'ordinaire moins douloureuse.

Pour nous résumer, voici, à notre sens, quel serait le traitement idéal à imposer à un syphilitique, et comment nous rédigerions son calendrier de traitement :

Le première année: quatre séries de six injections de 914 (0 gr. 15 à 0 gr. 90, si le malade pèse au-dessous de 90 kilos, n'injecter comme dose maximum que l'équivalent en centigrammes de 914 de son poids en kilos) et, en même temps, vingt injections de cyanure de mercurure à 0 gr. 01. Répéter ce même traitement la seconde année. La troisième année et la quatrième, ne faire que deux séries de 914 et de mercure. Au début de la cinquième année, pratiquer un examen très approfondi du malade: peau, muqueuses, phanères, ganglions, réaction de Wassermann. A la fin de la cinquième année, refaire cet examen.

D'après l'étude des traitements qui ont été suivis de réinfection, autrement dit, d'après l'étude des traitements ayant donné des preuves d'efficacité, le traitement plus haut indiqué, est celui qui a le plus de chances de guérir le malade d'une façon définitive. Cependant, le malade ainsi soigné devra, au moins une fois tous les six mois, se faire examiner par son médecin, tous les ans il se fera faire une réaction de Wassermann. A la moindre manifestation de syphilis, il faudra reprendre un traitement; que ce soit simplement une céphalée tenace, une diminution de l'activité intellectuelle ou une légère positivité de la réaction de Wassermann, qui intervienne seule, peu importe. Dans ce cas, le médecin peut essayer une seconde fois une cure complète: il augmentera les doses de novarsénobenzol et celle de mercure (en s'aidant des eaux sulfureuses s'il le faut) dans la mesure du possible. Mais, les chances de guérison seront moindres, ne serait-ce que pour des raisons d'accoutumance des tréponèmes à la médication employée. Alors l'ancienne thérapeutique reprend tous ses

droits: on pratiquera, de longues années durant, s'il est nécessaire toute la vie, des injections d'entretien d'un sel de mercure qu'on associera ou non à l'arsenic. Comme de juste, le traitement type dont nous parlons plus haut ne s'applique qu'à des cas types: malheureusement ce sont les plus rares. Il est vrai, qu'en le modifiant, peu ou prou, par augmentation ou diminution des doses de mercure et d'arsenic, par l'emploi des différents composés arsenicaux ou mercuriels, par l'addition d'autres remèdes (iodures de potassium ou de sodium par exemple) le traitement type pourra être adapté à tous les cas qui peuvent s'offrir. De la sorte, le médecin ne sera pas tenu dans un cadre trop étroit.

Nous avons parlé maladie plutôt que malade et, tout compte fait, le malade est seul à considérer. Il appartient au praticien d'accorder les idées générales du traitement actuel de la syphilis avec chaque cas particulier qui se présente à lui. Cependant une règle générale semble pouvoir être adoptée: la dose totale d'arsenic et de mercure doit être proportionnée au poids de l'individu traité (poids en kilos du malade + 20 = dose maxima en centigrammes de 914) et, pour des malades de poids égaux ne semble guère devoir différer de quantité. Le mode d'administration seul changera. Chez certains (cas de syphilis nerveuse, par exemple), on préférera la méthode de Sicard, chez d'autres (syphilis dermatophiles, par exemple), on préférera la méthode de Milian. Pour donner une approximation, disons que chez un sujet de 75 kilos, sans tare organique, nous ferons, par série, 3 gr. 15 de 914 et 0 gr. 20 de cyanure de mercure. Quant au nombre de séries à appliquer, nous nous en tiendrons aux chiffres que nous donnons plus haut: ils ne varieront guère d'un sujet à l'autre.

CONCLUSION

I. — L'existence de la réinfection syphilitique ne peut être mise en doute aujourd'hui.

II. — Elle repose sur cinq conditions. A savoir :

- 1° Examen clinique;
- 2° Examen microscopique;
- 3° Adénopathie;
- 4° Réaction de Wassermann;
- 5° Existence d'un nouveau contagé.

III. — Le traitement combiné est celui qui a été suivi du plus grand nombre de cas de réinfection. C'est donc celui qu'on doit préférer.

La dose d'arsenic et de mercure et la façon de l'administrer variera avec le poids de l'individu et les symptômes de la maladie.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 5 mars 1921.

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

J. VIANEY.

Vu et approuvé.

Montpellier, le 3 mars 1921.

Pour le Doyen,

L'Assesseur délégué,

FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



